

**QHP ENROLLEE SURVEY FOREIGN LANGUAGE
MATERIALS SUPPLEMENT - SPANISH**

Version 2.0

November 7, 2017

Introducción

Las preguntas y respuestas que aparecen en este documento han sido compiladas para ayudar al personal del proveedor a cargo de las encuestas a responder las preguntas frecuentes (FAQ) relacionadas con la Encuesta de la persona inscrita en un Plan de salud autorizado (Qualified Health Plan, QHP). Se han brindado las respuestas a las preguntas generales acerca de la encuesta, a las inquietudes relacionadas con la participación en la encuesta y a las preguntas acerca de completar la encuesta.

I. Preguntas generales acerca de la encuesta

1. ¿Quién realiza esta encuesta?

Soy un(a) entrevistador(a) de [SURVEY VENDOR NAME]. [QHP ISSUER] le ha pedido a nuestra organización que ayude a realizar esta encuesta, la cual está diseñada para obtener las opiniones de las personas inscritas.

2. ¿Quién patrocina esta encuesta?

La encuesta está patrocinada por [QHP ISSUER], tal como lo exige la Sección 1311(c)(4) de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

3. ¿Cuál es el propósito de la encuesta?

El propósito de esta encuesta es obtener información acerca de su experiencia al recibir atención por medio de su plan de salud en los últimos 6 meses. Al responder las preguntas, usted contribuirá brindando información acerca de la calidad de su plan de salud, la cual podrá usarse, junto con otra información, para ayudar a los consumidores del Mercado a elegir un plan de salud. Además, [QHP ISSUER] podrá usar esta información para poder brindar un mejor servicio a las personas inscritas en el futuro.

4. ¿Cómo se usará(n) la información/los datos?

La información/los datos de esta encuesta se combinará(n) con otros datos y se brindará(n) a los consumidores que estén buscando un seguro de salud por medio de [MARKETPLACE NAME] con el fin de ayudarles a elegir un plan de salud. Los datos de la encuesta también serán usados por [QHP ISSUER] para brindarles un mejor servicio a las personas inscritas en el futuro.

5. ¿Hay alguna agencia del gobierno con la que pueda comunicarme para obtener más información acerca de esta encuesta?

Sí, puede comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos que tiene la responsabilidad de supervisar esta encuesta, por medio de marketplace_quality@cms.hhs.gov.

6. ¿Cuánto tiempo lleva la encuesta?

En promedio, completar la Encuesta de la persona inscrita en un QHP demora aproximadamente 15 minutos. El tiempo real que lleve completar la encuesta dependerá de las respuestas que usted brinde.

7. ¿Qué preguntas se harán?

Las preguntas de la encuesta se refieren a su experiencia al recibir los servicios de su plan de salud.

8. Ya he devuelto la encuesta por correo.

Nuestros registros indican que no tenemos una encuesta suya en los archivos, y deseamos asegurarnos de contar con su opinión. Le agradeceríamos que completara esta encuesta ahora por teléfono.

II. Inquietudes relacionadas con la participación en la encuesta

1. ¿Por qué me llama?

Se le pide que participe en una encuesta acerca de su experiencia al recibir atención por medio de su plan de salud en los últimos 6 meses. Al responder las preguntas, usted contribuirá brindando información acerca de la calidad de su plan de salud, la cual podrá usarse, junto con otra información, para ayudar a los consumidores del Mercado a elegir un plan de salud. Además, [QHP ISSUER] podrá usar esta información para poder brindar un mejor servicio a las personas inscritas en el futuro. Su participación es muy importante.

9. ¿Quién verá mis respuestas?

Sus respuestas se mantendrán con carácter confidencial y serán vistas únicamente por personas autorizadas en [SURVEY VENDOR], quien está realizando esta encuesta en nombre de su plan de salud. Todas las respuestas se juntarán en un gran grupo de datos sin información identificativa que se compartirá con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Se eliminará toda la información que pueda identificarle.

10. Yo pensaba que las leyes de la privacidad protegían mi confidencialidad. ¿Cómo obtuvo mi información de contacto?

La encuesta que estamos realizando respeta completamente las leyes de la privacidad, también conocidas como HIPAA (Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud). Hemos sido autorizados por [QHP ISSUER] y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para realizar esta encuesta, y mantendremos el carácter completamente confidencial de toda la información brindada.

11. ¿Cómo obtuvo mi nombre? ¿Cómo se me eligió para la encuesta?

Su nombre fue elegido al azar entre los miembros inscritos en su plan de salud al 31 de diciembre de 2017.

12. ¿Cómo obtuvo mi número de teléfono?

Para poder realizar esta encuesta, [QHP ISSUER] le brindó a [SURVEY VENDOR] su información de contacto.

13. Yo no participo en encuestas.

Entiendo. Sin embargo, espero que considere participar. Este es un estudio muy importante y sus respuestas nos ayudarán a mejorar la calidad de los servicios que [QHP ISSUER] brinda a las personas inscritas, y ayudarán también a los consumidores a elegir un plan de salud en el futuro.

14. No estoy interesado(a).

Su ayuda sería realmente útil para [QHP ISSUER]. Su participación ayudará a mejorar los servicios de atención de salud para usted y otras personas inscritas.

15. Estoy extremadamente ocupado(a). Realmente no tengo tiempo.

Su tiempo es valioso. Esta es una encuesta muy importante y yo realmente le agradecería su ayuda hoy. La entrevista tomará aproximadamente 15 minutos. Puedo programar la entrevista para la encuesta en otro momento que sea más conveniente para usted.

16. Usted llamó a mi teléfono celular. ¿Puede volver a llamar después de la(s) [ENROLLEE SPECIFY] para que la llamada no consuma los minutos de mi teléfono celular?

Sí. Podemos volverle a llamar a la(s) [ENROLLEE SPECIFY].
[IF THE CALL BACK CANNOT BE MADE AT THE *ENROLLEE'S* SPECIFIED TIME, THEN "Sí, pero no a esa hora". [SET A FUTURE DATE AND TIME FOR THE TELEPHONE INTERVIEW.]]

17. No quiero responder muchas preguntas personales/de índole demográfica.

Entiendo. Tenga en cuenta que este es un estudio muy importante y que sus respuestas ayudarán a mejorar la calidad de los servicios que [QHP ISSUER] brinda a las personas inscritas, y que pueden ayudar a otros consumidores a elegir un plan de salud en el futuro. Si hay alguna pregunta en particular que no desee responder, simplemente dígamelo y pasaré a la siguiente pregunta. ¿Por qué no empezamos, de manera que usted pueda ver cómo son las preguntas?

18. Estoy muy disconforme con [QHP NAME OR ISSUER NAME] y no veo por qué debería ayudarlos con esta encuesta.

Lamento que esté disconforme. Su participación en esta encuesta ayudará a [QHP ISSUER] a comprender los problemas que usted tuvo y qué mejoras se necesitan.

19. ¿Tengo que completar la encuesta?

Su participación es voluntaria. No hay ninguna sanción por no participar. Tenga en cuenta que este es un estudio muy importante y que sus respuestas ayudarán a mejorar la calidad de los servicios que [QHP ISSUER] les brinda a usted y a otras personas inscritas, y que pueden ayudar también a otros consumidores a elegir un plan de salud en el futuro.

20. ¿Recibiré correo no deseado si respondo esta encuesta?

No. No recibirá correo no deseado como consecuencia de participar en esta encuesta. Los nombres, números de teléfono y direcciones se mantienen con carácter estrictamente confidencial y se usan únicamente con el propósito de esta encuesta.

21. No deseo que nadie venga a mi casa.

Nadie irá a su casa. El estudio recopila información por medio de una encuesta por Internet, por correo o por teléfono.

22. Estoy en la *Lista de no realizar llamados*. No debería haberme llamado.

La *Lista de no realizar llamados* prohíbe las llamadas de ventas y telemarketing. No estamos vendiendo nada y no estamos pidiendo dinero. Somos una empresa de investigación que realiza encuestas. Su plan de salud nos ha pedido que realicemos esta encuesta.

23. No quiero comprar nada.

No estamos vendiendo nada. Deseamos hacerle algunas preguntas acerca de su experiencia con la atención y los servicios brindados por [QHP ISSUER].

24. Yo casi nunca me enfermo. No creo que le interese hablar conmigo.

Todas las personas seleccionadas para esta encuesta brindan información muy importante que ayudará a mejorar los servicios brindados por medio de su plan de salud.

25. ¿Afectarán mis respuestas a mi médico(a)?

Su médico(a) no verá sus respuestas a la encuesta. Esta es una encuesta acerca de los servicios brindados por su plan de salud, no por médicos individuales.

26. No he usado mi plan de salud. ¿Aun así debería responder las preguntas?

Sí. Incluso si no ha usado ningún servicio de salud de su plan, cualquier información que pueda brindar será útil.

27. Ya no estoy inscrito(a) en este plan de salud.

Lo entendemos. Tenga a bien contestar las preguntas de la encuesta en función de su experiencia con este plan de salud durante los últimos 6 meses de 2017, o de julio a diciembre de 2017.

28. Por favor, sáquenme de esta encuesta y dejen de contactarme (*enviado por correo electrónico*).

Tenga a bien facilitar la identificación única que se encuentra en la carta [SURVEY VENDOR SPECIFIES UNIQUE ID LOCATION], de manera que podamos retirarle de nuestra lista de contactos.

III. Preguntas acerca de completar la encuesta

1. ¿Dónde pongo mi nombre y dirección en el cuestionario?

No escriba su nombre ni su dirección en el cuestionario. A cada encuesta se le ha asignado un número de identificación que nos permite mantener un registro de las personas que han devuelto un cuestionario completado.

29. No puedo completar esto por mi cuenta. ¿Me puede ayudar mi _____?

Si considera que no puede completar la encuesta por su cuenta, un “representante” puede completarla por usted. Generalmente, un “representante” es un miembro de la familia o un pariente, pero también podría ser un cuidador o un amigo cercano. Esta persona debe ser alguien que le conozca muy bien y que pueda contestar correctamente en su nombre preguntas relacionadas con la salud, si usted le da permiso.

30. No he usado este plan de salud, pero otra persona de mi familia sí. ¿Le pido que complete esta encuesta?

No. Usted ha sido seleccionado(a) al azar para completar esta encuesta, de manera que necesitamos que la complete usted. Todas las personas seleccionadas para esta encuesta dan información muy importante que ayudará a mejorar los servicios brindados por medio de su plan de salud.

31. No puedo completar esta encuesta en línea. ¿Me puede ayudar?

Lamento que no pueda completar la encuesta en línea, pero desafortunadamente, debido a la variedad de las distintas computadoras, sistemas operativos y navegadores de Internet que las personas usan, no puedo brindarle soporte técnico. Sin embargo, si lo desea, yo podría completar ahora la encuesta con usted por teléfono o hacer que alguien le llame a una hora conveniente.

[IF ABLE AND RESPONDENT AGREES, COMPLETE SURVEY OR SCHEDULE CALLBACK.]

32. ¿Puedo completar la encuesta en Internet en español [o chino]?

[FOR SURVEY VENDORS OFFERING THE INTERNET SURVEY IN SPANISH]: La encuesta en Internet está disponible en inglés y en español en este momento. Si desea completar una encuesta en chino, podemos enviarle una encuesta en chino por correo, o puede completar la encuesta en chino por teléfono.

[FOR SURVEY VENDORS NOT OFFERING THE INTERNET SURVEY IN SPANISH]: La encuesta en Internet está disponible únicamente en inglés en este momento. Le podemos enviar una encuesta en español [o chino] por correo para que la complete, o puede completar la encuesta en español [o chino] por teléfono.

33. Perdí la carta con la información acerca de cómo realizar la encuesta en Internet.

Nota para el Personal de Atención al Cliente: En este caso, el personal de atención al cliente puede facilitarle a la persona inscrita encuestada la URL de la encuesta en Internet y la información correspondiente para el acceso por teléfono o por correo electrónico.

34. AFTER SECOND SURVEY MAILING: ¿Me puede enviar por correo otra encuesta?

Lo lamento, pero no podemos enviar por correo otra encuesta en este momento. Sus respuestas son muy importantes y deseamos asegurarnos de contar con su opinión. Le agradeceríamos que completara esta encuesta ahora por teléfono.

**QHP ENROLLEE SURVEY MAILING MATERIALS
SPANISH**

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

Estimado/a [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

Usted recibirá pronto una encuesta sobre la atención que recibió por parte de [QHP ISSUER NAME] en los últimos 6 meses. Esta es su oportunidad para ayudar a su plan de salud a mejor servirle. Esta encuesta es parte de un esfuerzo nacional para entender las experiencias que las personas inscritas tienen con su plan de salud. Los resultados ayudarán a los consumidores, como usted, a tomar decisiones importantes acerca de su cuidado de salud y ayudará a los planes de salud a mejorar el cuidado que proveen. Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en su plan de salud. Sus respuestas son importantes y no podemos reemplazarlo(a) a usted con ningún otra persona. Responder a la encuesta toma aproximadamente 15 minutos.

Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de otras personas que están inscritas en su plan de salud. La información que usted nos dé solo se compartirá con personas autorizadas. Su plan de salud no va a ver sus respuestas. **Usted decide si contesta esta encuesta o no. Si decide no hacerlo, esto no afectará los beneficios que recibe.** Sin embargo, su conocimiento y experiencia le ayudará a otras personas como usted a elegir un plan de salud. Así que esperamos que nos ayude.

Para ahorrar tiempo y dinero, puede completar la encuesta por internet ahorita visitando el sitio web [SURVEY URL]. En este sitio web le preguntaran por este privado [LOGIN CREDENTIAL(S)].

Responda ahora en [SURVEY URL]

[LOGIN CREDENTIAL(S)]

[QHP ISSUER NAME] ha contratado a [SURVEY VENDOR NAME] para realizar esta encuesta. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame [SURVEY VENDOR NAME] gratuitamente al (XXX) [XXX-XXXX] de [XX:XX] a.m. y [XX:XX] p.m. [SURVEY VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excluyendo días festivos federales) o por correo electrónico, [SURVEY VENDOR E-MAIL].

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

Atentamente,

[SIGNATURE]

[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE
FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

2018 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey
Prenotification Letter w/Online Option: Spanish

[DO NOT INCLUDE THIS FOOTER IN LETTERS SENT TO ENROLLEES]

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

Estimado/a [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

Hace poco se le envió una encuesta sobre sus experiencias con su plan de salud. Si ya regresó la encuesta, gracias y por favor ignore esta carta.

Por favor, llene la encuesta y regrésela por correo en el sobre que viene incluido con el timbre pagado. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta ayudarán a consumidores a hacer decisiones importantes acerca de su cuidado de salud y ayudará a [QHP ISSUER NAME] mejorar el cuidado que proveen. Recuerde, todo lo que conteste es privado y no tiene que contestar a cualquier pregunta que no desee contestar. **Si no recibió la encuesta o si la perdió,** por favor llame a la línea de servicio al cliente al número de teléfono [SURVEY VENDOR PHONE NUMBER], y le enviaremos otra encuesta.

¡Gracias!

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

Atentamente,
[SIGNATURE]
[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE
FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

Estimado/a [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

Necesitamos su ayuda. Por favor, llene la encuesta sobre la atención que recibió por parte de [QHP ISSUER NAME] en los últimos 6 meses. Esta es su oportunidad para ayudar a su plan de salud a mejor servirle. Esta encuesta es parte de un esfuerzo nacional para entender las experiencias que las personas inscritas tienen con su plan de salud. Los resultados ayudarán a los consumidores como usted tomar decisiones importantes acerca de su cuidado de salud y ayudará a los planes de salud a mejorar el cuidado que proveen.

Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en su plan de salud. Sus respuestas son importantes y no podemos remplazarlo(a) con ningún otra persona. Si cambio su plan de salud para el año 2018, por favor conteste las preguntas en la encuesta pensando en su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre 2017. Responder a la encuesta toma aproximadamente 15 minutos. Esperamos que tome esta oportunidad de contarnos sobre sus experiencias.

Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de otras personas que están inscritas en su plan de salud. La información que usted nos dé solo se compartirá con personas autorizadas. Su plan de salud no va a ver sus respuestas. **Usted decide si contesta la encuesta o no. Si decide no hacerlo, esto no afectará los beneficios que recibe.** Sin embargo, su conocimiento y experiencia les ayudará a otras personas como usted a elegir un plan de salud. Así que esperamos que nos ayude.

Por favor regrese la encuesta en el sobre con el timbre pagado.

[QHP ISSUER NAME] ha contratado a [SURVEY VENDOR NAME] para realizar esta encuesta. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a [SURVEY VENDOR NAME] gratuitamente al (XXX) [XXX-XXXX] de [XX:XX] a.m. y [XX:XX] p.m. [SURVEY VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excluyendo días festivos federales) o por correo electrónico, [SURVEY VENDOR E-MAIL].

¡Gracias por su ayuda!

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

Atentamente,

[SIGNATURE]
[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE
FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

2018 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey
Cover Letter for First Survey Mailing: Spanish

[DO NOT INCLUDE THIS FOOTER IN LETTERS SENT TO ENROLLEES]

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

Estimado/a [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

Necesitamos su ayuda. Hace poco, se le envió una encuesta que es parte de un esfuerzo nacional para evaluar las experiencias que tuvo con su plan de salud. Los resultados ayudarán a los consumidores como usted tomar decisiones importantes acerca de su cuidado de salud y ayudará a los planes de salud a mejorar el cuidado que proveen. Si usted cree que la encuesta no tiene que ver con usted o si tiene alguna pregunta, por favor llame gratuitamente a [SURVEY VENDOR NAME] al número de teléfono (XXX) [XXX-XXXX] de [XX:XX] a.m. y [XX:XX] p.m. [SURVEY VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excluyendo días festivos federales) o por correo electrónico, [SURVEY VENDOR E-MAIL].

Le enviamos otra copia de la encuesta. Por favor tome el tiempo para decirnos que piensa acerca del cuidado que recibió de su plan de salud en los últimos 6 meses. Por favor regrese la encuesta en el sobre con el timbre pagado. Esta es su oportunidad para ayudar a su plan de salud a servirle mejor.

[QHP ISSUER NAME] ha contratado a [SURVEY VENDOR NAME] para realizar esta encuesta. Usted fue escogido/a científicamente para formar parte de una muestra de las personas que están inscritas en su plan de salud. Sus respuestas son importantes y no podemos remplazarlo(a) con ningún otra persona. Si cambio su plan de salud para el año 2018 por favor conteste las preguntas en la encuesta pensando en su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre 2017. Responder a la encuesta toma aproximadamente 15 minutos.

Sus respuestas se van a juntar con las respuestas de otras personas que están inscritas en su plan de salud. La información que usted nos dé solo se compartirá con personas autorizadas. Su plan de salud no va a ver sus respuestas. **Usted decide si contesta la encuesta o no. Si decide no hacerlo, no va a afectar los beneficios que recibe.** Sin embargo, su conocimiento y experiencia le ayudará a otras personas a elegir un plan de salud. Así que esperamos que nos ayude.

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

Atentamente,
[SIGNATURE]
[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE
FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

2018 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey
Cover Letter for Second Survey Mailing: Spanish

[DO NOT INCLUDE THIS FOOTER IN LETTERS SENT TO ENROLLEES]

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

Estimado/a [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

Hace poco se le envió una encuesta sobre sus experiencias con su plan de salud. Si ya regresó la encuesta, gracias y por favor ignore esta carta.

Para ahorrar tiempo y dinero, nos puede decir acerca de sus experiencias con [QHP ISSUER NAME] por internet ahorita visitando el sitio web [SURVEY URL]. En este sitio web le preguntaran por este privado [LOGIN CREDENTIAL(S)].

Responda ahora en [SURVEY URL]

[LOGIN CREDENTIAL(S)]

Si usted prefiere, puede llenar la encuesta y enviarla por correo en el sobre que viene incluido con el timbre pagado. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta ayudarán a consumidores a hacer decisiones importantes acerca de su cuidado de salud y ayudará a [QHP ISSUER NAME] mejorar el cuidado que proveen. Recuerde, todo lo que conteste es privado y no tiene que contestar a cualquier pregunta que no desee contestar. **Si no recibió la encuesta o si la perdió,** por favor llame a la línea de servicio al cliente al número de teléfono [SURVEY VENDOR PHONE NUMBER], y le enviaremos otra encuesta.

¡Gracias!

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

Atentamente,
[SIGNATURE]
[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE
FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

2018 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey
Reminder Letter w/Online Option: Spanish

[DO NOT INCLUDE THIS FOOTER IN LETTERS SENT TO ENROLLEES]

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

Estimado/a [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

Hace poco se le envió una encuesta sobre sus experiencias con su plan de salud. Si ya regresó la encuesta, gracias y por favor ignore esta carta.

Por favor, llene la encuesta y regrésela por correo en el sobre que viene incluido con el timbre pagado. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta ayudarán a consumidores a hacer decisiones importantes acerca de su cuidado de salud y ayudará a [QHP ISSUER NAME] mejorar el cuidado que proveen. Recuerde, todo lo que conteste es privado y no tiene que contestar a cualquier pregunta que no desee contestar. **Si no recibió la encuesta o si la perdió,** por favor llame a la línea de servicio al cliente al número de teléfono [SURVEY VENDOR PHONE NUMBER], y le enviaremos otra encuesta.

¡Gracias!

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

Atentamente,

[SIGNATURE]

[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE
FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUE]

2018 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey
Reminder Letter without Online Option: Spanish

[DO NOT INCLUDE THIS FOOTER IN LETTERS SENT TO ENROLLEES]

**2018 Qualified Health Plan (QHP)
Enrollee Experience Survey**

Spanish

March 6, 2017

2018 Encuesta sobre las experiencias de adultos afiliados a planes de salud autorizados (QHP en inglés)

Introducción

Le pedimos que llene la encuesta sobre sus experiencias con [QHP ISSUER NAME] durante los pasados 6 meses. Si cambió su plan de salud para el año 2018, por favor conteste las preguntas en la encuesta pensando en su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre 2017.

Su privacidad está protegida. Lo que nos cuente es privado y se va a usar sólo para este estudio. Sus respuestas se juntarán con las respuestas de las demás personas. No compartiremos su nombre ni sus respuestas con ningún otra persona, solo si es algo legalmente requerido.

Su participación es voluntaria. No tiene que contestar cualquier pregunta que no desea contestar. Si decide no hacerlo, no afectará los beneficios que recibe.

Qué hacer cuando termine. Cuando termine la encuesta, use el sobre incluido y regréselo a [SURVEY VENDOR ADDRESS].

Qué hacer si tiene preguntas. [QHP ISSUER NAME] ha contratado con [SURVEY VENDOR NAME] para conducir esta encuesta. Si tiene preguntas acerca de la encuesta, llame a [SURVEY VENDOR NAME] gratuitamente al (XXX) [XXX-XXXX] entre [XX:XX] a.m. y [XX:XX] p.m. [SURVEY VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes, (excluyendo días festivos federales) o por correo electrónico [SURVEY VENDOR E-MAIL].

Instrucciones para el cuestionario

Conteste cada pregunta marcando el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.

A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

Sí
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 1

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, en inglés) de 1995, no se exige que una persona responda a la información solicitada a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB por su sigla en inglés). El número válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1221. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula en promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios, y llenar y revisar los datos. Si tiene comentarios acerca de la exactitud de estos cálculos, o alguna sugerencia sobre cómo mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

1. Nuestros registros indican que usted en este momento tiene [QHP ISSUER NAME]. ¿Es correcto?

- 1 Sí → **Si respondió "Sí", continúe con la pregunta n.º 3.**
2 No

2. ¿Cuál es el nombre de su plan de salud?

Escriba en letra de imprenta: _____

Su atención de salud en los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca de su propia atención de salud. **No** incluya la atención que recibió cuando pasó la noche en un hospital. **No** incluya las visitas para recibir atención dental. Si usted ha cambiado su plan de salud para 2018, responda las preguntas según la experiencia que usted tuvo con el plan de salud desde julio a diciembre de 2017.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo alguna enfermedad, lesión o afección que **necesitara atención médica inmediata** en una clínica, sala de emergencias o consultorio médico?

- 1 Sí
2 No → **Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 5.**

4. En los últimos 6 meses, **cuando necesitó atención médica inmediata**, ¿con qué frecuencia recibió la atención tan pronto como la necesitaba?

- 1 Nunca
2 A veces
3 Generalmente
4 Siempre

5. En los últimos 6 meses, ¿realizó alguna visita para **un chequeo o atención de rutina** en una clínica o consultorio médico?

- 1 Sí
2 No → **Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 7.**

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para **un chequeo o atención de rutina** en una clínica o consultorio médico tan pronto como la necesitaba?

- 1 Nunca
2 A veces
3 Generalmente
4 Siempre

7. En los últimos 6 meses, **sin** contar las ocasiones en las que fue a una sala de emergencias, ¿cuántas veces fue a una clínica o consultorio médico para recibir atención de salud para sí mismo/a?

- Ninguna → **Si respondió "Ninguna", continúe con la pregunta n.º 12.**

- 1 vez
 2
 3
 4
 5 a 9 veces
 10 veces o más

8. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es la peor atención de salud posible y el 10 la mejor atención de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar toda su atención de salud en los últimos 6 meses?

- 0 La peor atención de salud posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 La mejor atención de salud posible

9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil recibir la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted necesitaba?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

10. Un intérprete es una persona que le ayuda a usted a comunicarse con otros que no hablan su mismo idioma. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted un intérprete que le ayudara a comunicarse en la clínica o consultorio de su médico?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 12.

11. En los últimos 6 meses, cuando necesitó un intérprete en la clínica o consultorio de su médico, ¿con qué frecuencia recibió los servicios de un intérprete?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

Su médico personal

12. El médico personal es aquel al que usted visita si necesita un chequeo, un consejo acerca de un problema de salud o si está enfermo o lastimado. ¿Tiene usted su médico personal?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 30.

13. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó a su médico personal para recibir atención para sí mismo/a?

- Ninguna → Si respondió "Ninguna", continúe con la pregunta n.º 30.

- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9 veces
- 10 veces o más

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le explicó las cosas de un modo fácil de comprender?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le escuchó a usted con atención?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

16. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le demostró respeto por lo que usted tenía para decir?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

17. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal estuvo con usted el tiempo suficiente?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

18. En los últimos 6 meses, cuando usted visitó a su médico personal para una visita programada, ¿con qué frecuencia contó su médico con la historia clínica de usted u otra información relacionada con su salud?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

19. En los últimos 6 meses, ¿le ordenó su médico personal un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 22.

20. En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia un miembro del personal del consultorio de su médico hizo un seguimiento para darle a usted los resultados?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

21. En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia recibió usted los resultados tan pronto como los necesitaba?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

22. Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud. En los últimos 6 meses, ¿visitó usted a algún especialista?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 24.

23. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal parecía informado y actualizado con respecto a la atención de salud que usted recibió de los especialistas?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

24. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor médico personal posible y el 10 el mejor médico personal posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su médico personal?

- 0 El peor médico personal posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor médico personal posible

25. En los últimos 6 meses, ¿tomó usted algún medicamento recetado?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 27.

26. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su médico personal acerca de todos los medicamentos recetados que usted estaba tomando?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

27. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted atención de más de una clase de proveedor de atención de salud o usó más de una clase de servicio de atención de salud?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 30.

28. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted ayuda de un miembro del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 30.

29. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda que necesitaba de parte del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

La atención de salud recibida de los especialistas

Cuando conteste las preguntas siguientes, **no** incluya las visitas dentales o la atención que recibió cuando se quedó a pasar la noche en un hospital

30. Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud. En los últimos 6 meses, ¿solicitó usted alguna cita para ver a un especialista?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 34.

31. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para ver a un especialista tan pronto como lo necesitaba?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

32. ¿Cuántos especialistas ha visitado en los últimos 6 meses?

- Ninguno → **Si respondió "Ninguno", continúe con la pregunta n.º 34.**
- 1 especialista
- 2
- 3
- 4
- 5 o más especialistas

33. Deseamos saber cómo califica usted al especialista que visitó con más frecuencia durante los últimos 6 meses. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su especialista?

- 0 El peor especialista posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor especialista posible

Su plan de salud

La siguiente serie de preguntas trata acerca de sus experiencias con su plan de salud. Si usted ha cambiado su plan de salud para 2018, responda las preguntas según la experiencia que usted tuvo con el plan de salud desde julio a diciembre de 2017.

34. En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información en documentos escritos o en la Internet acerca de su plan de salud?

- 1 Sí
- 2 No → **Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 36.**

35. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los documentos escritos o la Internet le brindaron la información que usted necesitaba sobre el funcionamiento de su plan de salud?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

36. A veces, las personas necesitan servicios o equipos que no pueden proporcionarse en una visita al consultorio regular o de rutina, por ejemplo, la atención de un especialista, fisioterapia, un audífono u oxígeno. En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información de su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud?

- 1 Sí
- 2 No → **Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 38.**

37. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud antes de obtenerlo?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

38. En algunos planes de salud, la cantidad de dinero que usted paga por un medicamento recetado puede ser distinta para los diferentes medicamentos, o puede ser distinta para las recetas que se surten por correo en vez de en una farmacia. En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información de su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por medicamentos recetados específicos antes de obtenerlos?

- 1 Sí
- 2 No → **Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 40.**

39. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto dinero tendría que pagar por medicamentos recetados específicos?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

40. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted información o ayuda del servicio al cliente de su plan de salud?

- 1 Sí
- 2 No → **Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 44.**

41. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o la ayuda que usted necesitaba?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

42. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

43. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el tiempo que debió esperar para hablar con el personal del servicio al cliente de su plan de salud fue más prolongado que lo que esperaba?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

44. En los últimos 6 meses, ¿le dio su plan de salud algún formulario para completar?

- 1 Sí
- 2 No → **Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 50.**

45. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles para completar los formularios del plan de salud?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

46. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le explicó el plan de salud el propósito de un formulario antes de que usted lo completara?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

47. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estaban disponibles en su idioma los formularios que usted tenía que completar?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

48. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted que los formularios estuvieran en un formato diferente, por ejemplo, en letra grande o braille?

- 1 Sí
- 2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 50.

49. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estuvieron disponibles en el formato que usted necesitaba, por ejemplo, en letra grande o braille, los formularios que usted tenía que completar?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

50. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor plan de salud posible y el 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar toda su atención de salud en los últimos 6 meses?

- 0 El peor plan de salud posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor plan de salud posible

51. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su plan de salud **no** pagó la atención que su médico dijo que usted necesitaba?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

52. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted que pagar de su propio bolsillo la atención que creía que pagaría su plan de salud?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

53. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó usted una visita al médico o **no** la realizó porque estaba preocupado/a por el costo? *No incluya la atención dental.*

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

54. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó usted el hecho de surtir o **no** surtió una receta porque estaba preocupado/a por el costo?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

Acerca de usted

55. A grandes rasgos, ¿cómo calificaría su salud en general?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

56. A grandes rasgos, ¿cómo calificaría su salud **mental o emocional** en general?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

57. ¿Ha recibido una vacuna contra la gripe o un aerosol en la nariz contra la gripe después del 1 de julio de 2017?

- 1 Sí
- 2 No

3 No sé

58. ¿Actualmente, fuma usted cigarrillos o usa tabaco todos los días, algunos días o nunca?

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca → **Si respondió "Nunca", continúe con la pregunta n.º 62.**

4 No lo sé → **Si contestó "No lo sé", continúe con la pregunta n.º 62.**

59. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud de su plan le dijo que dejara de fumar o de usar tabaco?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

60. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico o profesional de la salud le recomendó medicamentos o habló sobre ellos con el fin de ayudarlo a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de estos medicamentos son: medicamentos recetados o goma de mascar, parches, aerosoles nasales e inhaladores de nicotina.

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre

61. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico o profesional de la salud le proporcionó o habló sobre métodos y estrategias que no sean medicamentos para que le ayuden a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de métodos y estrategias son: línea de ayuda telefónica, asesoramiento individual o grupal, o un programa para dejar de fumar.

- 1 Nunca
2 A veces
3 Generalmente
4 Siempre

62. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención de salud 3 veces o más para la misma afección o problema?

- 1 Sí
2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 64.

63. ¿Esta afección o problema ha durado al menos 3 meses? *No incluya el embarazo o la menopausia.*

- 1 Sí
2 No

64. ¿Necesita usted ahora o está tomando un medicamento recetado por un médico? *No incluya las píldoras anticonceptivas.*

- 1 Sí
2 No → Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 66.

65. ¿Tiene este medicamento la finalidad de tratar una afección que ha durado por al menos 3 meses? *No incluya el embarazo o la menopausia.*

- 1 Sí
2 No

66. ¿Tiene usted sordera o alguna dificultad grave para oír?

- 1 Sí
2 No

67. ¿Tiene usted ceguera o alguna dificultad grave para ver, incluso cuando usa anteojos?

- 1 Sí
2 No

68. ¿Tiene usted una dificultad grave para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones debido a una afección física, mental o emocional?

- 1 Sí
2 No

69. ¿Tiene usted dificultades graves para caminar o subir escaleras?

- 1 Sí
2 No

70. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o bañarse debido a una afección física, mental o emocional?

- 1 Sí
2 No

71. ¿Tiene usted dificultades para realizar actividades solo/a tales como ir al consultorio del médico o de compras debido a una afección física, mental o emocional?

- 1 Sí
2 No

72. ¿Cuál es su edad?

- 1 18 a 24
- 2 25 a 34
- 3 35 a 44
- 4 45 a 54
- 5 55 a 64
- 6 65 a 74
- 7 75 o más

73. ¿Cuál es su sexo?

- 1 Masculino
- 2 Femenino

74. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que ha completado?

- 1 8° grado o menos
- 2 Escuela secundaria incompleta, no se graduó
- 3 Graduado/a de escuela secundaria o del examen general de equivalencia de los estudios secundarios (General Educational Development Test, GED).
- 4 Estudios universitarios incompletos o título de una carrera de 2 años
- 5 Graduado/a universitario/a de una carrera de 4 años
- 6 Graduado/a universitario/a de una carrera de más de 4 años

75. ¿Cuál de las opciones siguientes describe **mejor** su condición de empleo? *Marque UNA solamente.*

- 1 Empleado/a de tiempo completo
- 2 Empleado/a de medio tiempo
- 3 Ama de casa
- 4 Estudiante de tiempo completo
- 5 Jubilado/a
- 6 No puede trabajar por razones de salud
- 7 Desempleado/a
- 8 Otro

76. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- 1 Sí, soy de origen hispano, latino o español
- 2 No, no soy de origen hispano, latino o español → **Si respondió "No", continúe con la pregunta n.º 78.**

77. ¿Cuál es el grupo al cual pertenece?

- 1 Mexicano, americano-mexicano, chicano
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 Otro origen hispano, latino o español

78. ¿Cuál es su raza? *Marque una o más opciones.*

- 1 Blanca
- 2 Negra o afroamericana
- 3 Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- 4 Indio asiática
- 5 China
- 6 Filipina
- 7 Japonesa
- 8 Coreana
- 9 Vietnamita
- 10 Otra raza asiática
- 11 Nativa de Hawaii
- 12 Guameña o chamorra
- 13 Samoana
- 14 Otra isla del Pacífico

79. ¿Cuán seguro/a se siente de que comprende los términos del seguro de salud?

- 1 No del todo seguro/a
- 2 Un poco seguro/a
- 3 Moderadamente seguro/a
- 4 Muy seguro/a

80. ¿Cuán seguro/a se siente con respecto a que sabe la mayor parte de lo que necesita sobre cómo usar su seguro de salud?

- 1 No del todo seguro/a
- 2 Un poco seguro/a
- 3 Moderadamente seguro/a
- 4 Muy seguro/a

81. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- 1 Sí
- 2 No → **Muchas gracias. Por favor, envíe la encuesta completada en el sobre con el franqueo postal pago.**

82. ¿Cómo le ayudó esa persona? *Marque una o más opciones.*

- 1 Me leyó las preguntas
- 2 Escribió las respuestas que di
- 3 Respondió las preguntas por mí
- 4 Tradujo las preguntas a mi idioma
- 5 Me ayudó de algún otro modo

Muchas gracias.

Por favor, envíe la encuesta completada en el sobre con el franqueo postal pago.

APPENDIX F—INTERNET SURVEY SCRIPT

Qualified Health Plan (QHP) Enrollee Experience Survey

Internet Survey Script

Language: Spanish

Data Collection: 2018

Reference Period: 6 months

Internet Survey Script Conventions

1. Programmer instructions and survey question numbers appear in [UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN BRACKETS] and must *not* be displayed on webpages.
2. Inserts or fills from the sample frame appear in {ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN CURLY BRACKETS}.
3. Dashed lines indicate the separation between survey question webpages. Each survey question must be displayed on a separate webpage.
4. Unless otherwise noted, skipped questions follow the same skip pattern as the “No” or “None” response options.

Note: A comprehensive list of Internet Survey requirements is available in the Data Collection Protocol section of the 2018 QHP Enrollee Survey Quality Assurance Guidelines and Technical Specifications (QAG).

Programming Specifications

5. The Internet survey instrument must be programmed to adhere to all survey skip patterns.
6. Unless otherwise noted, all questions are programmed to accept only one response.
7. Each question must be programmed to allow the respondent to skip the question without providing a response and to proceed to the next appropriate survey question.
8. Each question includes the appropriate section header as specified throughout the script.
9. The presentation of questions and response categories *cannot* deviate from the format presented in the script. All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.
10. A “Questions” link must be included on each webpage.
11. After the last survey question, an exit page provides confirmation of survey receipt and thanks the sampled enrollee for participating.

Text Convention Requirements

- Survey vendors *cannot* bold text that is not bold in the script (e.g., question stems, response categories).
- Survey vendors *must* bold text that is bold in the script (e.g., emphasized words).
- Survey vendors *cannot* underline text that is bold in the script.
- Survey vendors *must* italicize text that is italicized in the script.
- Survey vendors use either black or dark blue readable font for all survey questions and response options; the font color used for survey questions and response options must be consistent throughout the survey. Survey vendors may opt to use a highlight color for instructions and survey headings.

Página de ingreso para la encuesta de Internet

[SURVEY VENDOR LOGO]

y/u

[QHP ISSUER LOGO]

OMB Núm. 0938-1221: Vencimiento de la aprobación: 30 de septiembre de 2020

Encuesta sobre la experiencia de la persona inscrita en un Plan de salud autorizado (Qualified Health Plan, QHP) - 2018

Le pedimos que llene la encuesta sobre sus experiencias con [QHP ISSUER NAME] durante los pasados 6 meses. Si usted ha cambiado su plan de salud para 2018, responda las preguntas de la encuesta teniendo en cuenta el plan de salud que tuvo desde julio a diciembre de 2017.

Su privacidad está protegida. Todo aquello que usted tenga que decir es privado y se utilizará solamente para este estudio. Su respuestas serán parte de un conjunto de información. No compartiremos su nombre ni sus respuestas con nadie, a excepción de que lo exija la ley.

Su participación es voluntaria. Usted no tiene que responder aquellas preguntas que no desee responder. Si decide no responder, los beneficios que usted recibe no se verán afectados.

Qué debe hacer si tiene preguntas. Su plan de salud tiene un contrato con [SURVEY VENDOR NAME] para que realice esta encuesta. Si tiene alguna pregunta acerca de esta encuesta, llame a [SURVEY VENDOR NAME] al número sin costo (XXX) [XXX-XXX], de [XX:XX] a.m. a [XX:XX] p.m. [SURVEY VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excepto los días festivos federales), o envíe un correo electrónico a [SURVEY VENDOR E-MAIL].

Le recomendamos que responda la encuesta en una computadora de escritorio o portátil o una tableta en vez de hacerlo en un dispositivo móvil.

Instrucciones para la encuesta

- [SURVEY VENDORS MUST INCLUDE INSTRUMENT-SPECIFIC INSTRUCTIONS ON HOW TO COMPLETE THE INTERNET SURVEY HERE. THIS INCLUDES:
- INSTRUCTIONS ON HOW TO USE THE “PREVIOUS” BUTTON TO RETURN TO PREVIOUS SURVEY QUESTIONS TO CHECK, CHANGE, OR DELETE AN ANSWER.

INSTRUCTIONS ON HOW TO USE THE “NEXT” BUTTON TO ADVANCE TO SUBSEQUENT SURVEY QUESTIONS.

ADDITIONAL INSTRUCTIONS SPECIFIC TO THE SURVEY VENDOR’S INTERNET SURVEY INSTRUMENT OR PLATFORM.]

Si desea responder la encuesta, ingrese la siguiente información [LOGIN CREDENTIAL(S)] brindada en la carta que recibió:

[LOGIN CREDENTIAL(S)]

[QUESTIONS LINK MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE DIRECTING RESPONDENTS TO SURVEY VENDOR CONTACT INFORMATION.]

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto es el 0938-1221. El tiempo requerido para completar esta recolección de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluso el tiempo necesario para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de las estimaciones del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Guion para la encuesta de Internet

1. Nuestros registros indican que usted en este momento tiene {QHP ISSUER NAME}. ¿Es correcto?

Sí [IF YES, GO TO #3]

No

[IF Q1 IS SKIPPED, SURVEY MUST BE PROGRAMMED TO PROCEED TO Q2.]

2. ¿Cuál es el nombre de su plan de salud?

Escríbalo aquí: _____

[TEXT BOX MUST BE PROGRAMMED TO ACCEPT AT LEAST A 250-CHARACTER RESPONSE. IN ADDITION TO THE TEXT BOX, A DROPDOWN MENU OF QHP ISSUER ALIASES IS ALSO ALLOWABLE.]

Su atención de salud en los últimos 6 meses

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE FOR QUESTIONS 3-11.]

Estas preguntas son acerca de su propia atención de salud. **No** incluya la atención que recibió cuando pasó la noche en un hospital. **No** incluya las visitas para recibir atención dental. Si usted ha cambiado su plan de salud para 2018, responda las preguntas según la experiencia que usted tuvo con el plan de salud desde julio a diciembre de 2017.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo alguna enfermedad, lesión o afección que **necesitara atención médica inmediata** en una clínica, sala de emergencias o consultorio médico?

Sí

No [IF NO, GO TO #5]

4. En los últimos 6 meses, **cuando necesitó atención médica inmediata**, ¿con qué frecuencia recibió la atención tan pronto como la necesitaba?

Nunca

A veces

Usualmente

Siempre

5. En los últimos 6 meses, ¿realizó alguna visita para **un chequeo o atención de rutina** en una clínica o consultorio médico?
- Sí
- No [IF NO, GO TO #7]
-

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para **un chequeo o atención de rutina** en una clínica o consultorio médico tan pronto como la necesitaba?
- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre
-

7. En los últimos 6 meses, **sin** contar las ocasiones en las que fue a una sala de emergencias, ¿cuántas veces fue a una clínica o consultorio médico para recibir atención de salud para sí mismo/a?
- Ninguna [IF NONE, GO TO #12]
- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9 veces
- 10 veces o más
-

8. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es la peor atención de salud posible y el 10 la mejor atención de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar toda su atención de salud en los últimos 6 meses?

- 0 La peor atención de salud posible
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10 La mejor atención de salud posible
-

9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil recibir la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted necesitaba?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

10. Un intérprete es una persona que le ayuda a usted a comunicarse con otros que no hablan su mismo idioma.

En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted un intérprete que le ayudara a comunicarse en la clínica o consultorio de su médico?

- Sí
 - No [IF NO, GO TO #12]
-

11. En los últimos 6 meses, cuando necesitó un intérprete en la clínica o consultorio de su médico, ¿con qué frecuencia recibió los servicios de un intérprete?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

Su médico personal

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE FOR QUESTIONS 12-29.]

12. El médico personal es aquel al que usted visita si necesita un chequeo, un consejo acerca de un problema de salud o si está enfermo o lastimado. ¿Tiene usted un médico personal?

- Sí
 No [IF NO, GO TO #30]
-

13. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó a su médico personal para recibir atención para sí mismo/a?

- Ninguna [IF NONE, GO TO #30]
 1 vez
 2
 3
 4
 5 a 9 veces
 10 veces o más
-

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le explicó las cosas de un modo fácil de comprender?

- Nunca
 A veces
 Usualmente
 Siempre
-

15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le escuchó a usted con atención?

- Nunca
 A veces
 Usualmente
 Siempre
-

16. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le demostró respeto por lo que usted tenía para decir?

- Nunca
 A veces
 Usualmente
 Siempre
-

- 17.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal estuvo con usted el tiempo suficiente?
- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

- 18.** En los últimos 6 meses, cuando usted visitó a su médico personal para una visita programada, ¿con qué frecuencia contó su médico con la historia clínica de usted u otra información relacionada con su salud?
- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

- 19.** En los últimos 6 meses, ¿le ordenó su médico personal un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen?
- Sí
 - No [IF NO, GO TO #22]
-

- 20.** En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia un miembro del personal del consultorio de su médico hizo un seguimiento para darle a usted los resultados?
- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

- 21.** En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia recibió usted los resultados tan pronto como los necesitaba?
- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

- 22.** Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud. En los últimos 6 meses, ¿visitó usted a algún especialista?
- Sí
- No [IF NO, GO TO #24]
-

- 23.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal parecía informado y actualizado con respecto a la atención de salud que usted recibió de los especialistas?
- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre
-

- 24.** Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor médico personal posible y el 10 el mejor médico personal posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su médico personal?
- 0 El peor médico personal posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor médico personal posible
-

- 25.** En los últimos 6 meses, ¿tomó usted algún medicamento recetado?
- Sí
- No [IF NO, GO TO #27]
-

26. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su médico personal acerca de todos los medicamentos recetados que usted estaba tomando?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

27. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted atención de más de una clase de proveedor de atención de salud o usó más de una clase de servicio de atención de salud?

- Sí
 - No [IF NO, GO TO #30]
-

28. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted ayuda de un miembro del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

- Sí
 - No [IF NO, GO TO #30]
-

29. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia **recibió la ayuda que necesitaba** de parte del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

La atención de salud recibida de los especialistas

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE FOR QUESTIONS 30-33.]

Cuando conteste las preguntas siguientes, **no** incluya las visitas dentales o la atención que recibió cuando se quedó a pasar la noche en un hospital

30. Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud. En los últimos 6 meses, ¿solicitó usted alguna cita para ver a un especialista?

- Sí
 - No [IF NO, GO TO #34]
-

31. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para ver a un especialista tan pronto como lo necesitaba?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

32. ¿Cuántos especialistas ha visitado en los últimos 6 meses?

- Ninguno [IF NONE, GO TO #34]
 - 1 especialista
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 o más especialistas
-

33. Deseamos saber cómo califica usted al especialista que visitó con más frecuencia durante los últimos 6 meses. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su especialista?

- 0 El peor especialista posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor especialista posible

Su plan de salud

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE FOR QUESTIONS 34-54.]

La siguiente serie de preguntas trata acerca de su experiencia con su plan de salud. Si usted ha cambiado su plan de salud para 2018, responda las preguntas según la experiencia que usted tuvo con el plan de salud desde julio a diciembre de 2017.

- 34.** En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información en documentos escritos o en la Internet acerca de su plan de salud?
- Sí
- No [IF NO, GO TO #36]

-
- 35.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los documentos escritos o la Internet le brindaron la información que usted necesitaba sobre el funcionamiento de su plan de salud?
- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

-
- 36.** A veces, las personas necesitan servicios o equipos que no pueden proporcionarse en una visita al consultorio regular o de rutina, por ejemplo la atención de un especialista, fisioterapia, un audífono u oxígeno. En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información de su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud?
- Sí
- No [IF NO, GO TO #38]

-
- 37.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud antes de obtenerlo?
- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre
-

38. En algunos planes de salud, la cantidad de dinero que usted paga por un medicamento recetado puede ser distinta para los diferentes medicamentos, o puede ser distinta para las recetas que se surten por correo en vez de en una farmacia. En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información de su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por medicamentos recetados específicos antes de obtenerlos?

- Sí
 No [IF NO, GO TO #40]
-

39. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto dinero tendría que pagar por medicamentos recetados específicos?

- Nunca
 A veces
 Usualmente
 Siempre
-

40. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted información o ayuda del servicio al cliente de su plan de salud?

- Sí
 No [IF NO, GO TO #44]
-

41. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o la ayuda que usted necesitaba?

- Nunca
 A veces
 Usualmente
 Siempre
-

42. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto?

- Nunca
 A veces
 Usualmente
 Siempre
-

43. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el tiempo que debió esperar para hablar con el personal del servicio al cliente de su plan de salud fue más prolongado que lo de esperaba?

- Nunca

- A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

44. En los últimos 6 meses, ¿le dio su plan de salud algún formulario para completar?

- Sí
 - No [IF NO, GO TO #50]
-

45. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles para completar los formularios del plan de salud?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

46. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le explicó el plan de salud el propósito de un formulario antes de que usted lo completara?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

47. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estaban disponibles en su idioma de preferencia los formularios que usted tenía que completar?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

48. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted que los formularios estuvieran en un formato diferente, por ejemplo en letra grande o braille?

- Sí
 - No [IF NO, GO TO #50]
-

49. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estuvieron disponibles en el formato que usted necesitaba, por ejemplo en letra grande o braille, los formularios que usted tenía que completar?
- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

50. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor plan de salud posible y el 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar su plan de salud en los últimos 6 meses?
- 0 El peor plan de salud posible
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10 El mejor plan de salud posible
-

51. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su plan de salud **no** pagó la atención que su médico dijo que usted necesitaba?
- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

52. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted que pagar de su propio bolsillo la atención que creía que pagaría su plan de salud?
- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

53. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó usted una visita al médico o **no** la realizó porque estaba preocupado/a por el costo? *No incluya la atención dental.*
- Nunca
 - A veces

- Usualmente
 - Siempre
-

54. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó usted el hecho de surtir o **no** surtió una receta porque estaba preocupado/a por el costo?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

Acerca de usted

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE FOR QUESTIONS 55-82.]

55. A grandes rasgos, ¿cómo calificaría su salud en general?

- Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
-

56. A grandes rasgos, ¿cómo calificaría su salud **mental o emocional** en general?

- Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
-

57. ¿Ha recibido una vacuna contra la gripe o un aerosol en la nariz contra la gripe después del 1 de julio de 2017?

- Sí
 - No
 - No sé
-

58. ¿Actualmente, fuma usted cigarrillos o usa tabaco todos los días, algunos días o nunca?

- Todos los días

- Algunos días
 - Nunca [IF NOT AT ALL, GO TO #62]
 - No sé [IF DON'T KNOW, GO TO #62]
-

59. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud de su plan le dijo que dejara de fumar o de usar tabaco?

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

60. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico o profesional de la salud le recomendó medicamentos o habló sobre ellos con el fin de ayudarlo a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de estos medicamentos son: medicamentos recetados o goma de mascar, parches, aerosoles nasales e inhaladores de nicotina.

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

61. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico o profesional de la salud le proporcionó o habló sobre métodos y estrategias que no sean medicamentos para que le ayuden a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de métodos y estrategias son: línea de ayuda telefónica, asesoramiento individual o grupal, o un programa para dejar de fumar.

- Nunca
 - A veces
 - Usualmente
 - Siempre
-

62. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención de salud 3 veces o más para la misma afección o problema?

- Sí
 - No [IF NO, GO TO #64]
-

63. ¿Esta afección o problema ha durado al menos 3 meses? *No incluya el embarazo o la menopausia.*

- Sí
- No

64. ¿Necesita usted ahora o está tomando un medicamento recetado por un médico? *No incluya las píldoras anticonceptivas.*

- Sí
 No [IF NO, GO TO #66]
-

65. ¿Tiene este medicamento la finalidad de tratar una afección que ha durado por al menos 3 meses? *No incluya el embarazo o la menopausia.*

- Sí
 No
-

66. ¿Tiene usted sordera o alguna dificultad grave para oír?

- Sí
 No
-

67. ¿Tiene usted ceguera o alguna dificultad grave para ver, incluso cuando usa anteojos?

- Sí
 No
-

68. ¿Tiene usted una dificultad grave para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones debido a una afección física, mental o emocional?

- Sí
 No
-

69. ¿Tiene usted dificultades graves para caminar o subir escaleras?

- Sí
 No
-

70. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o bañarse debido a una afección física, mental o emocional?

- Sí
 No
-

71. ¿Tiene usted dificultades para realizar actividades solo/a tales como ir al consultorio del médico o de compras debido a una afección física, mental o emocional?
- Sí
- No
-

72. ¿Cuál es su edad?
- 18 a 24
- 25 a 34
- 35 a 44
- 45 a 54
- 55 a 64
- 65 a 74
- 75 o más
-

73. ¿Cuál es su sexo?
- Masculino
- Femenino
-

74. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que ha completado?
- 8° grado o menos
- Escuela secundaria incompleta, no se graduó
- Graduado/a de escuela secundaria o del examen general de equivalencia de los estudios secundarios (General Educational Development Test, GED)
- Estudios universitarios incompletos o título de una carrera de 2 años
- Graduado/a universitario/a de una carrera de 4 años
- Graduado/a universitario/a de una carrera de más de 4 años
-

75. ¿Cuál de las opciones siguientes describe **mejor** su condición de empleo?
- Empleado/a de tiempo completo
- Empleado/a de medio tiempo
- Ama de casa
- Estudiante de tiempo completo
- Jubilado/a
- No puede trabajar por razones de salud
- Desempleado/a
- Otro
-

76. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?
- Sí, soy de origen hispano, latino o español
 - No, no soy de origen hispano, latino o español [IF NO, GO TO #78]
-

77. ¿Cuál es el grupo de pertenencia que mejor le describe?
- Mexicano, americano-mexicano, chicano
 - Puertorriqueño
 - Cubano
 - Otro origen hispano, latino o español
-

78. ¿Cuál es su raza? *Seleccione una o más opciones.*
- Blanca
 - Negra o afroamericana
 - Indígena estadounidense o nativo/a de Alaska
 - Indoasiática
 - China
 - Filipina
 - Japonesa
 - Coreana
 - Vietnamita
 - Otro origen asiático
 - Nativa de Hawái
 - Guameña o chamorra
 - Samoana
 - Otra isla del Pacífico

[Q78 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]

79. ¿Cuán seguro/a se siente de que comprende los términos del seguro de salud?
- Para nada seguro/a
 - Un poco seguro/a
 - Moderadamente seguro/a
 - Muy seguro/a
-

80. ¿Cuán seguro/a se siente con respecto a que sabe la mayor parte de lo que necesita sobre cómo usar su seguro de salud?
- Para nada seguro/a
 - Un poco seguro/a
 - Moderadamente seguro/a
 - Muy seguro/a

81. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí
 No [IF NO, GO TO EXIT PAGE]
-

82. ¿Cómo le ayudó esa persona? *Seleccione una o más opciones.*

- Me leyó las preguntas
 Escribió las respuestas que di
 Respondió las preguntas por mí
 Tradujo las preguntas a mi idioma
 Me ayudó de algún otro modo

[Q82 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]

[EXIT PAGE]

Muchas gracias por su participación en la encuesta. Esto confirma que sus respuestas han sido recibidas.

COMPUTER ASSISTED TELEPHONE INTERVIEW (CATI) SCRIPT

SPANISH

Qualified Health Plan (QHP) Enrollee Experience Survey

Computer Assisted Telephone Interview Script

Language: English

Data Collection: 2018

Reference Period: 6 months

Interviewer/CATI Programmer Formatting Conventions

NOTE: The following formatting conventions are used only for the purposes of this document. Survey vendors may use their own formatting conventions, if different from those presented here, as long as the intended results are the same (e.g., the same text is read aloud, the same words are emphasized, the same programming instructions are implemented, etc.) and the conventions are applied consistently throughout the script.

- CATI programmer instructions appear in [ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN BRACKETS].
- Inserts or fills from the sample frame appear in {ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN CURLY BRACKETS}.
- Interviewer instructions appear in <ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN ANGLE BRACKETS> or (ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN PARENTHESES).
- Text in UPPERCASE LETTERS should not be read aloud. For example, “DON’T KNOW” and “REFUSED” answer categories appear in uppercase and should not be read to the respondent, but may be used for coding a response.
- Interviewers should read aloud all text that appears in **bold, lowercase letters**.
- Text that is underlined should be emphasized by the interviewer.

Guión de introducción

[HELLO] **Hola, ¿puedo hablar con {ENROLLEE'S NAME}?**

- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | YES | → [GO TO INTRO1] |
| 2 | NOT AVAILABLE | → [SCHEDULE CALLBACK] |
| 3 | NO / REFUSAL | → [CODE AS REFUSAL] |
| 4 | MENTALLY/PHYSICALLY UNABLE | → [GO TO INTRO2] |

<IF ASKED WHO IS CALLING> **Mi nombre es {INTERVIEWER NAME} y llamo de {SURVEY VENDOR} en nombre de {QHP ISSUER NAME}.**

<IF SOMEONE OTHER THAN THE ENROLLEE INDICATES THAT THE ENROLLEE IS MENTALLY/PHYSICALLY UNABLE, THEN ASK TO SPEAK TO THE ENROLLEE TO CONFIRM AND ASK FOR PERMISSION TO USE A PROXY. ENROLLEE MUST PROVIDE PERMISSION FOR A PROXY. IF UNABLE TO SPEAK WITH THE ENROLLEE OR GET PERMISSION FOR A PROXY, THEN ASSIGN DISPOSITION CODE "MENTALLY OR PHYSICALLY INCAPACITATED.">

[INTRO1] **Hola, mi nombre es {INTERVIEWER NAME} y llamo de {SURVEY VENDOR} en nombre de {QHP ISSUER NAME} para pedirle que participe en un estudio confidencial acerca de su experiencia de atención de salud con {QHP ISSUER NAME} en los últimos 6 meses. Su nombre fue seleccionado al azar para representar a las personas inscritas en {QHP ISSUER NAME}. Sus respuestas son muy importantes y se usarán para ayudar a las personas a comparar los planes de salud en el futuro. Su participación es voluntaria y no afectará los beneficios que recibe. La entrevista debería tomar menos de 15 minutos. Es posible que esta llamada sea supervisada o grabada con fines de control de calidad. Si este es un momento conveniente, quisiera comenzar ahora con la entrevista.**

<ANSWER ANY QUESTIONS, THEN GO TO QUESTION 73.>

<IF ENROLLEE DOES NOT HAVE TIME TO PARTICIPATE IN INTERVIEW NOW, GO TO CALLBACK SCREEN AND ARRANGE AN APPOINTMENT TO CALL BACK.>

<INTO2 IF PROXY MAY BE REQUIRED>

[INTRO2] **Si necesita ayuda para responder esta entrevista telefónica o si considera que no puede responderla solo/a, puede pedirle a un miembro de la familia o amigo que la responda por usted. Esta persona debe ser alguien que le conozca bien a usted y que pueda responder preguntas sobre la atención de salud que usted ha recibido en los últimos 6 meses.**

[INTRO2-1] **¿Hay alguien disponible que pueda ayudarle o que podría responder la entrevista en nombre de usted?**

- 1 YES → [GO TO INTRO2-2]
- 2 NO → [SCHEDULE CALLBACK]

[INTRO2-2] **¿Puedo pedirle permiso para hacer la entrevista telefónica a esta persona en nombre de usted?**

- 1 YES → [GO TO INTRO2-3]
- 2 NO → (THANK RESPONDENT, TERMINATE INTERVIEW, CODE AS MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE)

<IF ENROLLEE OR PROXY DOES NOT HAVE TIME TO PARTICIPATE IN INTERVIEW NOW, GO TO CALLBACK SCREEN AND ARRANGE AN APPOINTMENT TO CALL BACK.>

<INTRO2-3 TO BE READ WHEN PROXY IS ON THE PHONE.>

[INTRO2-3] **Hola, mi nombre es {INTERVIEWER NAME} y llamo de {SURVEY VENDOR} en nombre de {QHP ISSUER NAME}. Le pedimos que participe en un estudio confidencial acerca de la experiencia de atención de salud de {ENROLLEE NAME} con {QHP ISSUER NAME} en los últimos 6 meses. {Él/ella} fue seleccionado(a) al azar para representar a las personas inscritas en {QHP ISSUER NAME}. Las respuestas de {él/ella} son muy importantes y se usarán para ayudar a las personas a comparar los planes de salud en el futuro. La participación {él/ella} es voluntaria y los beneficios que reciba no se verán afectados. La entrevista debería tomar menos de 15 minutos. Es posible que esta llamada sea supervisada o grabada con fines de control de calidad.**

Cuando responda las preguntas de esta encuesta, recuerde que las está respondiendo en nombre de {él/ella} y que todas las preguntas de la encuesta se refieren a la experiencia de {él/ella} con su plan de salud. Le pedimos que no tenga en cuenta su propia experiencia ni su propia información para responder las preguntas. Si este es un momento conveniente, quisiera comenzar ahora con la entrevista.

<IF PROXY DOES NOT HAVE TIME TO PARTICIPATE IN INTERVIEW NOW, GO TO CALLBACK SCREEN AND ARRANGE AN APPOINTMENT TO CALL BACK.>

<INTERVIEWER: GO TO Q73. FOR ALL QUESTIONS, REPLACE SECOND PERSON PRONOUNS (YOU, YOUR, ETC.) WITH THIRD PERSON PRONOUNS (HIS/HER, HIM/HER, HE/SHE) FOR PROXY SURVEY. ADJUST SENTENCE AS NECESSARY TO BE GRAMMATICALLY CORRECT. DURING INTERVIEW REMIND THE PROXY THAT HE/SHE IS ANSWERING ABOUT THE SAMPLED PERSON, NOT HIMSELF/HERSELF.>

[CALLBACK] **¿Cuándo sería un momento conveniente para volver a llamar?**

<RECORD CALLBACK TIME ON CALL RECORD.>

[CALLBACK TO COMPLETE A PREVIOUSLY STARTED TELEPHONE SURVEY]

Hola, ¿puedo hablar con {ENROLLEE NAME}?

- 1 YES → [GO TO CONFIRM ENROLLEE]
- 2 NO / REFUSAL → [CODE AS REFUSAL]
- 3 NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW → [SCHEDULE CALLBACK]

<IF ASKED WHO IS CALLING: **Hola, mi nombre es {INTERVIEWER NAME} y llamo de {SURVEY VENDOR} en nombre de {QHP ISSUER NAME}. ¿Está {ENROLLEE NAME} disponible para responder una encuesta que {él/ella} comenzó anteriormente?**>

[CONFIRM ENROLLEE]

Hola, mi nombre es {INTERVIEWER NAME} y llamo de {SURVEY VENDOR} en nombre de {QHP ISSUER NAME}. Quisiera confirmar que estoy hablando con {ENROLLEE NAME}. Estoy llamando para continuar la encuesta comenzada anteriormente.

<CONTINUE SURVEY WHERE PREVIOUSLY LEFT OFF.>

1. Nuestros registros indican que usted en este momento tiene {QHP ISSUER NAME}. ¿Es correcto?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- YES → [IF YES, GO TO #3]
- NO
- REFUSED
- DON'T KNOW

2. ¿Cuál es el nombre de su plan de salud?

[INCLUDE LIST OF ALL VALID AND INVALID ALIASES PROVIDED IN **TABLE 7-5** OF THE 2018 QAG AND ALL ALIASES RECEIVED FROM QHP ISSUER.]

<RECORD ANSWERS VERBATIM>

- ¹ VALID OR POSSIBLY VALID ALIAS → <SAY: **Muchas gracias. El plan que usted mencionó es el mismo que {QHP ISSUER NAME}. ¿Puedo continuar con la encuesta?**>[IF YES, GO TO #3]
- ² NO LONGER ENROLLED/INVALID ALIAS → (SAY: **Muchas gracias por su tiempo. Parece que hemos cometido un error. Que tenga un buen día/una buena tarde.**
[TERMINATE INTERVIEW. DISPOSITION AS X40—INELIGIBLE: NOT ELIGIBLE OR ON A “DO NOT SURVEY” LIST.]
- ⁻¹ REFUSED
- ⁻² DON'T KNOW

Estas preguntas son acerca de su propia atención de salud. No incluya la atención que recibió cuando pasó la noche en un hospital. No incluya las visitas para recibir atención dental.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo alguna enfermedad, lesión o afección que necesitara atención médica inmediata en una clínica, sala de emergencias o consultorio médico?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- ¹ YES
- ² NO → [IF NO, GO TO #5]
- ⁻¹ REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #5]
- ⁻² DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #5]

4. En los últimos 6 meses, cuando necesitó atención médica inmediata, ¿con qué frecuencia recibió la atención tan pronto como la necesitaba? ¿Qué opción elegiría...

- ¹ **Nunca,**
- ² **A veces,**
- ³ **Generalmente, o**
- ⁴ **Siempre?**
- ⁻¹ REFUSED
- ⁻² DON'T KNOW

5. En los últimos 6 meses, ¿pidió una cita para un chequeo o atención de rutina en una clínica o consultorio médico?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #7]
- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #7]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #7]

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para un chequeo o atención de rutina en una clínica o consultorio médico tan pronto como la necesitaba? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?
- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

7. En los últimos 6 meses, sin contar las ocasiones en las que fue a una sala de emergencias, ¿cuántas veces fue a una clínica o consultorio médico para recibir atención de salud para sí mismo/a?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY. IF READING RESPONSES, SAY: ¿Qué opción elegiría...)

- 0 Ninguna → [IF NONE, GO TO #12]
- 1 1 (una) VEZ
- 2 2 (dos)
- 3 3 (tres)
- 4 4 (cuatro)
- 5 5 (cinco) a 9 VECES, O
- 6 10 VECES O MÁS?
- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #12]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #12]

8. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es la peor atención de salud posible y el 10 la mejor atención de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar toda su atención de salud en los últimos 6 meses?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 0 0 WORST HEALTH CARE POSSIBLE
- 1 1 (uno)
- 2 2 (dos)
- 3 3 (tres)
- 4 4 (cuatro)
- 5 5 (cinco)
- 6 6 (seis)
- 7 7 (siete)
- 8 8 (ocho)
- 9 9 (nueve)
- 10 10 (diez) BEST HEALTH CARE POSSIBLE

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil recibir la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted necesitaba? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

10. Un intérprete es una persona que le ayuda a usted a comunicarse con otros que no hablan su mismo idioma. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted un intérprete que le ayudara a comunicarse en la clínica o consultorio de su médico?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #12]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #12]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #12]

11. En los últimos 6 meses, cuando necesitó un intérprete en la clínica o consultorio de su médico, ¿con qué frecuencia recibió los servicios de un intérprete? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

La siguiente serie de preguntas trata acerca de su médico personal.

12. El médico personal es aquel al que usted visita si necesita un chequeo, un consejo acerca de un problema de salud o si está enfermo/a o lastimado/a. ¿Tiene usted su médico personal?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #30]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #30]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #30]

13. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó a su médico personal para recibir atención para sí mismo/a?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY. IF READING RESPONSES, SAY: **¿Qué opción elegiría...**)

- 0 Ninguna → [IF NONE, GO TO #30]
- 1 1 (una) TIME
- 2 2 (dos)
- 3 3 (tres)
- 4 4 (cuatro)
- 5 5 (cinco) a 9 (nueve) TIMES, OR
- 6 10 (diez) OR MORE TIMES

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #30]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #30]

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le explicó las cosas de un modo fácil de comprender? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le escuchó a usted con atención? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

16. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le demostró respeto por lo que usted tenía para decir? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

17. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal estuvo con usted el tiempo suficiente? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

18. En los últimos 6 meses, cuando usted visitó a su médico personal para una visita programada, ¿con qué frecuencia contó su médico con la historia clínica de usted u otra información relacionada con su salud? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

19. En los últimos 6 meses, ¿le ordenó su médico personal un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #22]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #22]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #22]

20. En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia un miembro del personal del consultorio de su médico hizo un seguimiento para darle a usted los resultados? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

21. En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia recibió usted los resultados tan pronto como los necesitaba? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

22. Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud. En los últimos 6 meses, ¿visitó usted a algún especialista?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #24]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #24]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #24]

23. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal parecía informado y actualizado con respecto a la atención de salud que usted recibió de los especialistas? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

24. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor médico personal posible y el 10 el mejor médico personal posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su médico personal?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 0 0 WORST PERSONAL DOCTOR POSSIBLE
- 1 1 (uno)
- 2 2 (dos)
- 3 3 (tres)
- 4 4 (cuatro)
- 5 5 (cinco)
- 6 6 (seis)
- 7 7 (siete)
- 8 8 (ocho)
- 9 9 (nueve)
- 10 10 (diez) BEST PERSONAL DOCTOR POSSIBLE

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

25. En los últimos 6 meses, ¿tomó usted algún medicamento recetado?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #27]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #27]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #27]

26. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su médico personal acerca de todos los medicamentos recetados que usted estaba tomando? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

27. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted atención de más de una clase de proveedor de atención de salud o usó más de una clase de servicio de atención de salud?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- ¹ YES
- ² NO → [IF NO, GO TO #30]
- ⁻¹ REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #30]
- ⁻² DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #30]

28. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted ayuda de un miembro del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- ¹ YES
- ² NO → [IF NO, GO TO #30]
- ⁻¹ REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #30]
- ⁻² DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #30]

29. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda que necesitaba de parte del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios? ¿Qué opción elegiría...

- ¹ Nunca,
- ² A veces,
- ³ Generalmente, o
- ⁴ Siempre?
- ⁻¹ REFUSED
- ⁻² DON'T KNOW

Quando conteste las preguntas siguientes acerca de recibir atención de especialistas, no incluya las visitas dentales o la atención que recibió cuando se quedó a pasar la noche en un hospital

30. Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud. En los últimos 6 meses, ¿solicitó usted alguna cita para ver a un especialista?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #34]
- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #34]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #34]

31. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para ver a un especialista tan pronto como lo necesitaba? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?
- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

32. ¿Cuántos especialistas ha visitado en los últimos 6 meses?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY. IF READING RESPONSES, SAY: **¿Qué opción elegiría...**)

- 0 NINGUNA → [IF NONE, GO TO #34]
- 1 1 (un) ESPECIALISTA
- 2 2 (dos)
- 3 3 (tres)
- 4 4 (cuatro)
- 5 5 (cinco) O MÁS ESPECIALISTAS?
- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #34]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #34]

33. Deseamos saber cómo califica usted al especialista que visitó con más frecuencia durante los últimos 6 meses. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su especialista?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 0 0 (cero) WORST SPECIALIST POSSIBLE
- 1 1 (uno)
- 2 2 (dos)
- 3 3 (tres)
- 4 4 (cuatro)
- 5 5 (cinco)
- 6 6 (seis)
- 7 7 (siete)
- 8 8 (ocho)
- 9 9 (nueve)
- 10 10 (diez) BEST SPECIALIST POSSIBLE

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

La siguiente serie de preguntas trata acerca de su experiencia con su plan de salud.

34. En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información en documentos escritos o en la Internet acerca de su plan de salud?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #36]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #36]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #36]

35. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los documentos escritos o la Internet le brindaron la información que usted necesitaba sobre el funcionamiento de su plan de salud? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

36. A veces, las personas necesitan servicios o equipos que no pueden proporcionarse en una visita al consultorio regular o de rutina, por ejemplo, la atención de un especialista, fisioterapia, un audífono u oxígeno. En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información de su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #38]
- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #38]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #38]

37. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud antes de obtenerlo? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?
- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

38. En algunos planes de salud, la cantidad de dinero que usted paga por un medicamento recetado puede ser distinta para los diferentes medicamentos, o puede ser distinta para las recetas que se surten por correo en vez de en una farmacia. En los últimos 6 meses, ¿buscó usted información de su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por medicamentos recetados específicos antes de obtenerlos?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #40]
- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #40]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #40]

39. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto dinero tendría que pagar por medicamentos recetados específicos? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

40. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted información o ayuda del servicio al cliente de su plan de salud?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #44]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #44]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #44]

41. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o la ayuda que usted necesitaba? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

42. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

43. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el tiempo que debió esperar para hablar con el personal del servicio al cliente de su plan de salud fue más prolongado de lo que esperaba? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

44. En los últimos 6 meses, ¿le dio su plan de salud algún formulario para completar?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #50]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #50]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #50]

45. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles para completar los formularios del plan de salud? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

46. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le explicó el plan de salud el propósito de un formulario antes de que usted lo completara? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

47. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estaban disponibles en su idioma de preferencia los formularios que usted tenía que completar? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

48. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted que los formularios estuvieran en un formato diferente, por ejemplo en letra grande o braille?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #50]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #50]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #50]

49. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estuvieron disponibles en el formato que usted necesitaba, por ejemplo en letra grande o braille, los formularios que usted tenía que completar? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

50. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor plan de salud posible y el 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar su plan de salud en los últimos 6 meses?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 0 0 (cero) WORST HEALTH PLAN POSSIBLE
- 1 1 (uno)
- 2 2 (dos)
- 3 3 (tres)
- 4 4 (cuatro)
- 5 5 (cinco)
- 6 6 (seis)
- 7 7 (siete)
- 8 8 (ocho)
- 9 9 (nueve)
- 10 10 (diez) BEST HEALTH PLAN POSSIBLE

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

51. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su plan de salud no pagó la atención que su médico dijo que usted necesitaba? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

52. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted que pagar de su propio bolsillo la atención que creía que pagaría su plan de salud? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

53. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó usted una visita al médico o no la realizó porque estaba preocupado/a por el costo? No incluya la atención dental. ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

54. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó usted el hecho de surtir o no surtió una receta porque estaba preocupado/a por el costo? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Nunca,**
- 2 **A veces,**
- 3 **Generalmente, o**
- 4 **Siempre?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

La siguiente serie de preguntas trata acerca de sus antecedentes.

55. A grandes rasgos, ¿cómo calificaría su salud en general? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Excelente,**
- 2 **Muy buena,**
- 3 **Buena,**
- 4 **Regular, o**
- 5 **Mala?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

56. A grandes rasgos, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional en general? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Excelente,
- 2 Muy buena,
- 3 Buena,
- 4 Regular, o
- 5 Mala?

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

57. ¿Ha recibido una vacuna contra la gripe o un aerosol en la nariz contra la gripe después del 1 de julio de 2017?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO
- 3 DON'T KNOW

- 1 REFUSED

58. ¿Actualmente, fuma usted cigarrillos o usa tabaco todos los días, algunos días o nunca?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 EVERY DAY
- 2 SOME DAYS
- 3 NOT AT ALL → [IF NOT AT ALL, GO TO #62]
- 4 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #62]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #62]

59. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud de su plan le dijo que dejara de fumar o de usar tabaco? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?

- 1 REFUSED

-2 DON'T KNOW

60. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico o profesional de la salud le recomendó medicamentos o habló sobre ellos con el fin de ayudarlo a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de estos medicamentos son: medicamentos recetados o goma de mascar, parches, aerosoles nasales e inhaladores de nicotina. ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?

-1 REFUSED
-2 DON'T KNOW

61. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico o profesional de la salud le proporcionó o habló sobre métodos y estrategias que no sean medicamentos para que le ayuden a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de métodos y estrategias son: línea de ayuda telefónica, asesoramiento individual o grupal, o un programa para dejar de fumar. ¿Qué opción elegiría...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 Generalmente, o
- 4 Siempre?

-1 REFUSED
-2 DON'T KNOW

62. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención de salud 3 veces o más para la misma afección o problema?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #64]
- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #64]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #64]

63. ¿Esta afección o problema ha durado al menos 3 meses?

[IF Q73=FEMALE OR MISSING, PROGRAM SO THIS LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: **No incluya el embarazo o la menopausia.**

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

64. ¿Necesita usted ahora o está tomando un medicamento recetado por un médico?

[IF Q73=FEMALE OR MISSING, PROGRAM SO THIS LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: **No incluya las píldoras anticonceptivas.**

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #66]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #66]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #66]

65. ¿Tiene este medicamento la finalidad de tratar una afección que ha durado por al menos 3 meses?

[IF Q73=FEMALE OR MISSING, PROGRAM SO THIS LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: **No incluya el embarazo o la menopausia.**

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

66. ¿Tiene usted sordera o alguna dificultad grave para oír?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

67. ¿Tiene usted ceguera o alguna dificultad grave para ver, incluso cuando usa anteojos?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

68. ¿Tiene usted una dificultad grave para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones debido a una afección física, mental o emocional?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

69. ¿Tiene usted dificultades graves para caminar o subir escaleras?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

70. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o bañarse debido a una afección física, mental o emocional?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

71. ¿Tiene usted dificultades para realizar actividades solo/a tales como ir al consultorio del médico o de compras debido a una afección física, mental o emocional?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

72. ¿Cuál es su edad? ¿Tiene usted de...

(READ LIST, STOP AFTER A RESPONSE IS GIVEN)

- 1 18 a 24 años,
- 2 25 a 34 años,
- 3 35 a 44 años,
- 4 45 a 54 años,
- 5 55 a 64 años,
- 6 65 a 74 años, o
- 7 75 años o más?

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

73. (IF NECESSARY ASK, OTHERWISE RECORD SEX) ¿Cuál es su sexo? ¿Es usted...

- 1 Hombre o
- 2 Mujer?

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

74. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que ha completado? ¿Es...

(READ LIST, STOP AFTER A RESPONSE IS GIVEN)

- 1 **8° grado o menos,**
- 2 **Escuela secundaria incompleta, no se graduó,**
- 3 **Graduado/a de escuela secundaria o del examen general de equivalencia de los estudios secundarios (General Educational Development Test, GED),**
- 4 **Estudios universitarios incompletos o título de una carrera de 2 años,**
- 5 **Graduado/a universitario/a de una carrera de 4 años, o**
- 6 **Graduado/a universitario/a de una carrera de más de 4 años?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

75. ¿Cuál de las opciones siguientes describe mejor su condición de empleo? ¿Qué opción elegiría...?

(ACCEPT ONLY ONE ANSWER. IF RESPONDENT INDICATES HE/SHE IS SELF-EMPLOYED, USE THE FOLLOWING PROBE TO DETERMINE THE MOST APPROPRIATE RESPONSE CATEGORY: (¿Diría usted que es empleado de tiempo completo, de medio tiempo u otra opción?)

- 1 **Empleado/a de tiempo completo,**
- 2 **Empleado/a de medio tiempo,**
- 3 **Ama de casa,**
- 4 **Estudiante de tiempo completo,**
- 5 **Jubilado/a,**
- 6 **No puede trabajar por razones de salud,**
- 7 **Desempleado/a, u**
- 8 **Otro?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

76. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

[IF Q73=FEMALE, USE LATINA. IF Q73=MALE OR MISSING, USE LATINO]

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 YES
- 2 NO → [IF NO, GO TO #78]

- 1 REFUSED → [IF REFUSED, GO TO #78]
- 2 DON'T KNOW → [IF DON'T KNOW, GO TO #78]

77. ¿A cuál de los grupos siguientes pertenece?

[IF Q73=FEMALE, USE MEXICAN/MEXICAN AMERICAN/CHICANA/LATINA. IF
Q73=MALE OR MISSING, USE MEXICAN/MEXICAN AMERICAN/CHICANO/LATINO]

(ACCEPT ONLY ONE ANSWER)

¹ **Mexicano, americano-mexicano, chicano,**

² **Puertorriqueño,**

³ **Cubano, u**

⁴ **Otro origen hispano, latino o español?**

⁻¹ **REFUSED**

⁻² **DON'T KNOW**

78. Voy a leer una lista de categorías de razas. Para cada categoría, diga si describe o no su raza. Debo preguntarle acerca de todas las categorías en caso de que corresponda más de una.

(INTERVIEWER: IF THE RESPONDENT WANTS TO KNOW WHY YOU ARE ASKING WHAT RACE THEY ARE, SAY: **Le preguntamos sobre su raza con fines demográficos solamente.**

[PROGRAMMER: IF NO/DK/REF TO RESPONSE OPTION D, 'ASIAN', THEN SKIP TO RESPONSE OPTION L, 'NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER', AND MARK ALL ASIAN SUB-CATEGORIES AS 'NO'. IF NO/DK/REF TO RESPONSE OPTION L, 'NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER', THEN SKIP TO Q79 AND MARK ALL NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER SUB-CATEGORIES AS 'NO'.]
 (TREAT EACH ITEM AS A YES/NO QUESTION)

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
[A.] ¿Es usted de raza blanca?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[B.] ¿Es usted de raza negra o afroamericana?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[C.] ¿Es usted indígena estadounidense o nativo/a de Alaska?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[D.] ¿Es usted asiático/a?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[E.] ¿Es usted indoasiático/a?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[F.] ¿Es usted chino/a?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[G.] ¿Es usted filipino/a?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[H.] ¿Es usted japonés/a?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[I.] ¿Es usted coreano/a?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[J.] ¿Es usted vietnamita?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[K.] ¿Es usted de otro origen asiático?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[L.] ¿Es usted nativo/a de Hawái o de las islas del Pacífico?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
¿Es usted nativo/a de Hawái?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[N.] ¿Es usted guameño/a o chamorro/a?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[O.] ¿Es usted samoano/a?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
[L.] ¿Es usted de alguna otra isla del Pacífico?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
-1 <input type="checkbox"/> REFUSED		
-2 <input type="checkbox"/> DON'T KNOW		

79. ¿Cuán seguro/a se siente de que comprende los términos del seguro de salud? ¿Qué opción elegiría...

- 1 Para nada seguro/a,
- 2 Un poco seguro/a,
- 3 Moderadamente seguro/a, o
- 4 Muy seguro/a?
- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

80. ¿Cuán seguro/a se siente con respecto a que sabe la mayor parte de lo que necesita sobre cómo usar su seguro de salud? ¿Qué opción elegiría...

- 1 **Para nada seguro/a,**
- 2 **Un poco seguro/a,**
- 3 **Moderadamente seguro/a, o**
- 4 **Muy seguro/a?**

- 1 REFUSED
- 2 DON'T KNOW

81. (INTERVIEWER NOTE: WAS THIS A PROXY INTERVIEW?)

- 1 YES
- 2 NO

Estas fueron todas las preguntas. Muchas gracias por haber dedicado su tiempo a responder esta encuesta.